

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

40

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean LARQUIER

Médailié militaire
Croix de guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENDOCARDITE SCARLATINEUSE
SIMPLE

Président : M. P. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

40

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean LARQUIER

Médaille militaire
Croix de guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENDOCARDITE SCARLATINEUSE
SIMPLE

Président : M. P. NOBÉCOURT, *professeur*

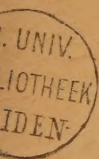
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEL BET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GULLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Ce témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

*Tombé glorieusement au
Champ d'Honneur.*

A MON AMI PIERRE HERIARD

A MON AMI LE DOCTEUR PARAF

*En reconnaissance de ses
conseils éclairés.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de la Clinique de la Maladie des Enfants

*En le remerciant du grand
honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de
cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ENDOCARDITE SCARLATINEUSE
SIMPLE

Les complications de la scarlatine sont multiples et assombrissent son pronostic ; ce sont elles qui la plupart du temps sont cause de la terminaison fatale. C'est tantôt un caractère de malignité de l'affection qui peut modifier totalement son allure, pouvant revêtir une forme foudroyante, amenant la mort en trente-six ou quarante-huit heures, tantôt ce sont les hémorragies qui lui donnent un caractère particulier de gravité.

Dans ces formes graves, l'agitation, le délire, la dyspnée font penser qu'il s'agit d'une intoxication très intense par le virus scarlatin. D'autre part, la tachycardie, l'hypotension, la tendance au collapsus, la fréquence des vomissements incoercibles, l'hyperthermie excessive, peuvent faire croire qu'il s'agirait d'accidents liés à une intoxication du bulbe ou du grand sympathique, comparable au syndrome secondaire de la diphtérie de Marfan, ou peut-être une insuffisance surrénale surajoutée.

A côté de ces complications à pathogénie mal élucidée, on en remarque d'autres locales, dues à une

infection surajoutée, c'est-à-dire qu'elles ne sont point dues seulement au virus scarlatin, mais à une association avec un germe étranger, le streptocoque (germe de sortie).

Ce sont les complications rhino-pharyngées (otite, angine) compliquées elles-mêmes parfois de bubon scarlatineux, de mastoïdite, etc.

A côté de ces infections locales, il en est de générales dont la plus redoutable est la néphrite aiguë, variable dans sa gravité mais qui risque de laisser après elle une lésion rénale indélébile.

Le rhumatisme scarlatin peut survenir également vers le dixième jour de la maladie. C'est un pseudo-rhumatisme infectieux, la fixité de la fluxion est plus grande que dans le rhumatisme articulaire aigu ; cependant le rhumatisme scarlatin peut devenir purulent ou l'être d'emblée et dans ce cas toujours mortel. Il y a une septicémie à streptocoque.

C'est également le streptocoque qui sera cause des septicémies que l'on rencontre au cours de la scarlatine et intéressant le cœur en particulier, et surtout l'endocarde.

On peut voir se constituer une endocardite infectieuse, ulcéreuse et végétante, généralement tardive, apparaissant vers la fin du troisième septenaire ; elle est précédée en général d'une affection secondaire, angine, adénite, otite, et elle est souvent accompagnée des diverses manifestations du syndrome infectieux secondaire. Le tableau clinique est

en effet caractéristique, grandes oscillations thermiques, état général gravement atteint, embolies viscérales fréquentes et multiples. A l'examen du cœur, on entend ces souffles variables, à caractère piaulant qui sont si spéciaux aux grosses destructions valvulaires. En effet, à l'autopsie, on constate les lésions habituelles d'endocardite maligne à forme ulcéreuse, végétante, ou ulcéro-végétante associée, et le streptocoque dont l'hémoculture avait pu démontrer le rôle, pendant la vie, est presque toujours retrouvé au niveau des valvules.

Mais à côté de cette forme d'endocardite maligne de la scarlatine, une place doit être réservée à une autre variété, différant, par son caractère anatomique, clinique, par son étiologie et son évolution. C'est l'endocardite scarlatineuse simple, beaucoup plus fréquente que ne le laisserait supposer les statistiques et les travaux des auteurs de la seconde moitié du xix^e siècle, car, nombreuses à cette époque étaient les causes d'erreur, et qu'ensuite elle n'était pas systématiquement recherchée.

HISTORIQUE

L'endocardite scarlatineuse simple parait avoir échappé aux cliniciens anciens et si l'on se reporte aux traités classiques, nous voyons qu'en 1861 Rillet et Barthez n'en font pas mention dans leur *Traité de Médecine infantile*. Plus tard, Trousseau, dans ses *Cliniques de Hôtel Dieu*, la signale mais la rapporte au rhumatisme scarlatin et ne l'admet que tardive.

Moizard (1) signale la forme végétante et ulcéreuse mais ne cite point la forme simple.

R. Wurtz (2) la décrit, mais en insistant sur son peu de symptômes, ce qui explique qu'elle a passé longtemps inaperçue.

Pour Eichhorst, les insuffisances valvulaires du cœur doivent être mises au rang des suites relativement fréquentes de la scarlatine.

Louis Guinon (3) signale les deux formes.

Hutinel relate sa moindre fréquence que la péri-cardite, mais son pronostic relativement grave par suite des séquelles.

1. Moizard, in Comby, Morfan et Grancher, t. I, p. 295.

2. R. Wurtz, in Brouardel et Gilbert, t. II, p. 166.

3. L. Guinon, in Charcot, Bouchard et Brissaud, t. II, p. 467.

Enriquez (1) insiste surtout sur l'endocardite végétante.

Il convient de mentionner les études de Cadet de Gassicourt, de Bouchut, de Jaccoud, d'Ollivier, de Roger, Broadbent, et plus récemment du professeur Nobécourt, de Milhit, de Jurie des Camiers et Tournier, de H. Grimbert, de L. Barré, de Massary, de Florand avec Merklen, de Florand et Paraf.

Aussi, ayant eu l'occasion de suivre dans le service de la clinique de la maladie des enfants, quelques cas d'endocardite scarlatineuse simple, il nous a paru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse.

1. Enriquez, *Traité de Médecine*, t. I, p. 135.

FRÉQUENCE DE L'ENDOCARDITE SCARLATINEUSE

La fréquence de cette affection est très différente d'après les auteurs, et à mesure qu'elle est mieux connue, le pourcentage s'élève.

Ainsi Bouchut, chez les enfants, constate treize fois sur 13 un souffle mitral associé dans 3 cas à un souffle aortique.

Broadbent sur 22.096 scarlatineux signalent 129 endocardites (0,58 o/o). Chez les soldats, le professeur Nobécourt signale dans une première série de faits, 6 endocardites sur 262 scarlatineux (donc 2,2 o/o) et ultérieurement 1 sur 16 (6, 20/o) au total 7 sur 278. Chez les soldats également Florand et Paraf ont enregistré cette complication quatorze fois sur 27 malades (donc 51,8 o/o). Par contre de Masary ne l'a pas observé chez 350 scarlatineux. Que Maltrait en a trouvé un cas sur 405 enfants scarlatineux. Que Saint-Paul sur 300 scarlatineux ne signale par un cas d'endocardite. Que Rocheley sur 9 années de scarlatine, n'en relève pas un seul et cependant il a constaté des élévations de température sans cause apparente. A côté de cela Eichhorst déclare que les insuffisances valvulaires du cœur

doivent être mises au rang des suites relativement fréquentes de la scarlatine.

Il faut tenir compte, qu'à une certaine époque et en particulier pour Bouchut, on ignorait les souffles extracardiaques, qui sont très fréquent dans la scarlatine et surtout à l'époque de la convalescence. La valeur des statistiques modernes est donc plus digne de foi, car à l'heure actuelle, on élimine facilement ces souffles caractérisés par leur diffusion, siégeant le plus souvent à la région préventriculaire gauche et à la région apexienne, qui sont mésosystoliques et en tous cas, n'occupent pas toute la systole. Leur tonalité est douce, superficielle, et leur mutabilité remarquable, variant d'un jour à l'autre et avec les changements de position du malade.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'endocardite scarlatineuse est observée fréquemment chez les enfants de six, douze et quatorze ans, ou chez les soldats de dix-neuf, vingt et vingt et un ans, elle est donc apparue chez des sujets jeunes et a fait absolument défaut chez des scarlatineux plus âgés.

Il faut dans son étiologie faire intervenir plusieurs éléments et il est à supposer qu'il se passe pour l'endocardite scarlatineuse les mêmes phénomènes que dans les autres maladies infectieuses. D'une part le poison et l'agent scarlatineux, d'autre part les infections secondaires surajoutées.

L'anatomie pathologique manque presque généralement, car les lésions très bien tolérées, l'issue n'est jamais fatale ; mais l'on peut penser à un processus analogue à celui de la maladie de Bouilland, œdème et sclérose consécutives. Les recherches bactériologiques sont toujours restées négatives, on n'a pu déceler un processus d'infection secondaire, c'est donc le virus scarlatin lui-même qui serait la cause de cette endocardite.

D'après les récents travaux du professeur Nobé-

court, et surtout d'après la statistique établie par Florand et Paraf, l'endocardite scarlatineuse simple survient au cours des formes légères et surtout de moyenne intensité. En effet dans la statistique publiée par ces derniers sur 14 cas, 8 sont survenus au cours d'une scarlatine, d'intensité moyenne, les autres légère.

Pour Nobécourt elle est souvent précédée d'une angine, d'une otite ou d'une adénite, mais c'est en général au cours du rhumatisme scarlatin qu'elle apparaît. Cette coïncidence est plus fréquente chez les jeunes gens que chez les adultes et il l'a observée constamment chez les jeunes soldats atteints au cours de la guerre ; mais beaucoup moins fréquente chez les enfants.

L'endocardite simple, en opposition très nette avec l'endocardite ulcéreuse tardive, apparaît presque toujours d'une façon très précoce, du troisième au huitième jour, alors que la seconde n'apparaît qu'à la fin du troisième septenaire. En effet, sur les 27 cas observés au Val-de-Grâce, par Florand et Paraf, 12 sont apparus du quatrième au huitième jour, 2 le douzième jour.

L'endocardite peut être annoncée par une élévation de température, mais dans nombre de cas, la courbe thermique n'est pas nettement influencée. « La complication ne les modifie pas de façon appréciable » dit le professeur Nobécourt.

Au cours de la période fébrile, la température pré-

sente ses variations habituelles, et lorsqu'elle est retombée à la normale l'apparition de l'endocardite ne se manifeste en général par aucune élévation, donc de là à passer inaperçu il n'y a qu'un pas.

SYMPTOMATOLOGIE

L'endocardite scarlatineuse simple débute tantôt d'une façon précoce, du troisième au septième jour, tantôt tardivement pendant le troisième ou le quatrième septenaire. En général, le malade a des arthralgies, qui disparaissent souvent en quelques jours, spontanément sous l'influence du traitement, ou tenaces, évoluant alors par poussées successives pendant huit ou quinze jours.

Les signes de l'endocardite apparaissent soit deux ou trois jours après le début du rhumatisme, soit seulement au bout de dix ou quinze jours.

D'autres fois, elle survient sans être accompagnée d'aucune arthralgie ou polyarthrite aiguë séreuse. Ce début, s'accompagne ou non de réaction fébrile, dans certains cas, il est annoncé par une élévation brusque et inattendue de la courbe thermique, mais la plupart du temps, la complication ne modifie pas la température. Il n'existe ni troubles subjectifs ni troubles fonctionnels appréciables, l'état général reste bon et seul l'examen du cœur révèle l'endocardite. C'est le plus souvent, sinon toujours, la valvule mitrale qui est atteinte.

Parfois l'endocarde aortique est atteint, mais c'est généralement après l'endocarde mitral. D'ailleurs,

dit le professeur Nobécourt, « Sur sept endocardites scarlatineuses observées chez des soldats, la lésion mitrale a été constante, deux fois seulement les valvules aortiques ont été intéressées et encore dans un de ces cas, le diagnostic est-il resté douteux ».

Ici, comme dans l'endocardite rhumatismale, le premier signe de l'endocardite mitrale est l'assourdissement du premier bruit à la pointe. Il s'accroît rapidement. Ultérieurement, se produisent des modifications variables suivant les cas. Ou bien, au bout de quelques jours l'assourdissement diminue et le bruit redevient normal avec ou sans phase préalable de dureté, ou bien le bruit se prolonge et un léger souffle systolique de la pointe apparaît. Ce souffle holosystolique et exactement apexien, quoique peu intense et se propageant peu est bien un souffle orificiel. Tantôt il disparaît au bout de quelques jours, tantôt il varie d'un jour à l'autre, tantôt il persiste et s'accroît. Ou bien l'on entend un roulement diastolique, ou bien un souffle présystolique sus-apexien, qui peuvent être également très précoces. On constate dans ces cas l'accentuation du second bruit pulmonaire, et alors, il arrive (le 7^e jour dans un cas) que l'on peut trouver de l'augmentation de l'oreillette gauche dans le dos, et à ce niveau entendre un roulement diastolique, ce qui confirme le diagnostic.

Lorsque l'endocarde aortique est touché, on constate l'assourdissement du second bruit aortique, et quelquefois plus tard, l'apparition d'un souffle diastolique, qui, là aussi, peut être passager ou définitif.

ÉVOLUTION

En général, d'après les faits observés chez les soldats au cours de la dernière guerre, ainsi que dans les quelques observations que nous avons pu réunir, les endocardites scarlatineuses simples évoluent vers la guérison sans qu'aucun traitement spécial ait été institué. Il n'en est pas de même chez les enfants où les lésions semblent passer plus facilement à la chronicité. Le professeur Nobécourt a constaté sur trois cas, deux fois la persistance d'une affection valvulaire, insuffisance mitrale chez un enfant de douze ans, insuffisance mitrale et aortique chez une fillette de six ans.

L'endocardite simple est une complication fréquente, il existe une lésion, mais ce qui est remarquable c'est que cette lésion ne s'accompagne d'aucune gêne fonctionnelle.

Or, quand nous comparons les manifestations si graves du rhumatisme cardiaque, et, l'évolution si bénigne de l'endocardite scarlatineuse simple, il est possible, je crois, d'établir un rapport, d'une part, entre les répétitions constantes de la maladie de Bouillaud et la gravité des lésions qui en résultent, d'autre part, entre la lésion cardiaque unique par le virus scarlatin, unique, car l'attaque ne se renouvelle pas, il n'y a pas récidive et la bénignité de l'affection.

COMPLICATIONS

Evoluant vers la chronicité ou vers la guérison, ces endocardites peuvent se compliquer d'atteintes du muscle cardiaque ou de sa séreuse externe. En effet la péricardite s'associe parfois à l'endocardite, soit sèche soit avec un petit épanchement séro-fibrineux.

D'autres fois, c'est un syndrome myocardique fruste qui l'accompagne, décelé par une légère dilatation cardiaque; et, le cœur conserve dans la suite une prédisposition à se laisser dilater sous des influences diverses.

Enfin, chez les enfants où les lésions présentent une fixité plus grande, l'asystolie en est l'aboutissant plus au moins tardif.

Souvent, on constate, après les endocardites scarlatineuses des tachycardies tardives, et enfin, diverses associations morbides peuvent se produire, chez les uns une pleurésie sèche, chez d'autres une phlébite.

Ces diverses complications aggravent comme on voit, dans différentes proportions, le pronostic, mais il est des cas où l'endocardite simple présente en elle-même des caractères d'extrême gravité avec

intensité et durée de la fièvre, état typhoïde, et fasse penser à un processus ulcéro-végétant, alors que l'examen du cœur décèle seulement les symptômes habituels de l'endocardite simple, ce que confirmera l'évolution.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Huguette L..., n° 18. Salle Parrot, 6 ans.

Entre le 24 septembre dans le service; pour paralysie des membres inférieurs.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bien portante, a fait deux fausses couches. Quatre enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourrie au sein jusqu'à vingt-deux mois, a fait ses premiers pas à quatorze mois, première dent à huit mois. Rougeole bénigne à deux ans, varicelle à trois ans.

L'enfant est soumise à un traitement électrique, et de ce fait se trouve en contact avec d'autres enfants qui ont dû la contaminer. En effet;

Le 10 novembre, l'enfant se plaint d'un peu de douleur à la gorge; on constate une légère rougeur du pharynx, les amygdales sont également rouges et tuméfiées. En même temps la température dépasse la moyenne habituelle, atteint 38 degrés le 10 au soir.

Le 11 novembre, la température est à 36°8, et on constate une éruption scarlatiniforme très pâle, limitée à la racine des cuisses et au bas-ventre.

Le 12 novembre, l'éruption a disparue, la langue est

dépouillée à la pointe et sur les parties antérieures des bords, la température est à 37°8, on ne constate aucun trouble spécial, pas d'albuminurie.

Le 14 novembre, une desquamation furfuracée se produit dans les régions palmaires et les espaces interdigitaux des pieds, la température est 37 degrés le matin, 37°5 le soir.

L'attention est attirée sur le cœur par une dyspnée très légère et l'auscultation pratiquée ce jour-là, montre un léger assourdissement du premier bruit. Le second bruit pulmonaire est mieux marqué.

La tension artérielle est normale.

Ces signes persistent sans aucune modification et le 23 novembre on constate un assourdissement beaucoup plus marqué du premier bruit en même temps qu'un très léger souffle systolique de la pointe, se propageant vers l'aisselle.

Le 25 novembre, le souffle s'accroît et devient en jet de vapeur.

Le 28 novembre, le souffle s'accompagne d'une légère propagation vers l'aisselle, mais il n'y a pas de modification avec la position de notre malade.

Le 3 décembre aucun trouble nouveau n'est apparu au niveau des autres appareils, il n'y a toujours pas d'albumine dans les urines ; il n'y a eu de rhumatisme à aucun moment.

Le 21 décembre, la lésion cardiaque n'a pas changé, et est cependant très bien tolérée sans aucune gêne fonctionnelle.

OBSERVATION II

Marcel F..., 13 ans, a eu la scarlatine à 8 ans, et deux mois après, a éprouvé des douleurs articulaires aux pieds, genoux,

poignets et coudes. Ces manifestations étaient très mobiles d'un jour à l'autre. Ce rhumatisme soigné aux Enfants Malades a duré sept semaines et s'est compliqué d'une atteinte du cœur qui a laissé de la dyspnée d'effort.

La deuxième crise remonte au mois d'août, c'est-à-dire cinq ans après, et l'a retenu un mois au lit. L'enfant éprouvait des étouffements, des palpitations avec œdème malléolaire. On applique vessie de glace sur la région précordiale.

Au mois de novembre, la température est à 37°8 ; à l'examen du cœur, matité précordiale énorme, débordement bord droit du sternum 3 cm. 5, pointe dans le sixième espace, à 11 centimètres de la ligne médiane.

Frémissement cataire à maximum sus-apexien présystolique puis frémissement systolique, exactement à la pointe.

Au foyer aortique, assourdissement et léger prolongement.

OBSERVATION III

Pierre B..., 9 ans, entre dans le service le 10 avril.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A trois ans rougeole, à quatre ans, coqueluche. Le 9 avril a eu mal à la gorge, des frissons et quelques vomissements.

Le 11 avril, céphalée très vive, la température est à 38°5. La langue est scarlatineuse. Exsudat sur chaque amygdale, la matité précordiale est normale. A l'auscultation, légère tachycardie, le premier bruit est assourdi, un peu prolongé.

Le 15 avril, les signes cardiaques ont disparu, donc endocardite très légère.

OBSERVATION IV

Jeanne T..., 9 ans, le 14 octobre, est ramenée de l'école parce qu'elle se plaint de céphalée et qu'elle a vomi.

Le 15, fait une éruption scarlatiniforme généralisée.

Le 29, tout est rentré dans l'ordre.

Le 10 novembre, à l'auscultation du cœur, souffle systolique intense d'insuffisance mitrale.

OBSERVATION V

Madeleine F..., 9 ans, fait une scarlatine à éruption discrète, et présente le vingt-troisième jour un léger souffle mitral de la pointe.

Au bout de huit jours le souffle a disparu.

OBSERVATION VI (Ollivier)

Une fillette de 8 ans $1\frac{1}{2}$ présente au quatrième jour d'une scarlatine des accidents articulaires. Deux jours après, apparaît un souffle systolique de la pointe qui est d'abord faible puis augmente progressivement.

OBSERVATION VII (Darré)

Eugène P..., 14 ans $1\frac{1}{2}$. Entré le 19 mars 1908, parents bien portants. A eu la rougeole.

17 mars. — Céphalée, épistaxis.

19 mars. — Enervement, rire nerveux constant, agitation nocturne, angine, vomissements, mauvais état général.

20 mars. — Eruption abdominale.

21 mars. — Eruption des membres et de la face.

22 mars. — Eruption persistante à l'abdomen, érythème infectieux des coudes et des genoux, langue rouge dépouillée, cuite. Etat général mauvais. Décubitus en chien de fusil. Bruits très sourds, collapsus, mort à 8 heures du soir.

Autopsie. — Le cœur est mou, il n'y a rien à la tricuspide, la mitrale est un peu dépolie, ses bords sont tuméfiés. Un peu de liquide péricardique.

OBSERVATION VIII (Nobécourt et Bussat)

Enfant de 12 ans 1/2, scarlatine très forte, mais normale. Au huitième jour est apparu du rhumatisme du cou-de-pied et du genou avec gonflement. Le Dr Bussat a noté alors un souffle systolique de la pointe, très léger et fugace. Au bout de deux jours les phénomènes articulaires ont disparu et une nouvelle éruption ressemblant tout à fait à la première, s'est développée. Après des bains froids, la température tombe de 42 degrés à 39 degrés, le cœur est de volume normal, mais le premier bruit est très sourd et il existe un souffle systolique de la pointe, léger se propageant dans l'aisselle.

OBSERVATION IX à XXII (Florand et Paraf)

IX. M..., 34 ans, gravité moyenne. Premier bruit sourd et prolongé pas de symptômes fonctionnels. Pas de tachycardie, date d'apparition : cinquième jour.

X. L..., 28 ans, gravité moyenne. Ancienne lésion mitrale. Rhumatisme. Disparition à son entrée du souffle pendant la phase aiguë. Bruits sourds et légèrement soufflants. Pas de tachycardie. Gêne précordiale légère, date d'apparition : quatrième jour. A la sortie : tachycardie, dyspnée.

XI. M..., 19 ans, gravité moyenne. Lésion mitrale ancienne. Disparition du souffle: Bruits sourds. Pas de signes fonctionnels. Date d'apparition : sixième jour. A la sortie, guérison totale.

XII. C..., 25 ans, gravité légère. Premier bruit sourd et prolongé, puis léger souffle présystolique, sixième jour. Guérison totale.

XIII. D..., 28 ans, gravité moyenne. Premier bruit prolongé pendant cinq jours. Deuxième bruit éclatant. Bradycardie (P. 52). Apparition le septième jour. Guérison (P. 60):

XIV. T..., 17 ans, gravité moyenne. Premier bruit sourd, puis dur, puis souffle présystolique et systolique. Dédoublement du deuxième bruit. Pas de signes fonctionnels. Apparition le cinquième jour. A la sortie lésion mitrale.

XV. D..., 24 ans, gravité moyenne. Premier bruit sourd, puis apparition d'un souffle mitral net. Légère gêne précordiale. Apparition huitième jour. A la sortie, lésion mitrale.

XVI. V..., 25 ans, gravité moyenne. Premier bruit sourd, puis soufflant. Dédoublement du deuxième bruit et claquement d'ouverture de la mitrale. Apparition le sixième jour. A la sortie, lésion mitrale.

XVII. De F..., 40 ans, gravité moyenne. Premier bruit sourd et prolongé. Gêne précordiale. Dyspnée légère. Fatigue. Tachycardie légère (90-98). Arthropathie légère du genou. Apparition le huitième jour. A la sortie, guérison totale.

XVIII. F..., 20 ans, gravité légère. Premier bruit sourd et un peu prolongé. Souffle extracardiaque. Dyspnée et gêne précordiale. Tachycardie légère. Apparition le douzième jour. A la sortie, guérison totale.

XIX. J..., 21 ans, gravité légère. Premier bruit sourd, puis soufflant, puis souffle systolique de la pointe. Pas de signes fonctionnels. Apparition le huitième jour. A la sortie, souffle systolique de la pointe.

XX. X..., 22 ans, gravité légère. Premier bruit sourd, puis soufflant. Souffle présystolique. Apparition quatrième jour. A la sortie, souffle présystolique roulant.

XXII. X..., gravité moyenne. Premier bruit sourd. Apparition le sixième jour. A la sortie, en évolution.

CONCLUSIONS

1° Il existe au cours de la scarlatine, une endocardite simple, bénigne, qui est décelable dans un nombre assez considérable de cas.

2° Les signes physiques sont les premiers signes révélateurs de cette complication, qui ne s'extériorise le plus souvent par aucuns signes fonctionnels ni généraux. Aussi faut-il rechercher avec soin et systématiquement, chez tout scarlatineux en activité ou en période de convalescence, l'assourdissement ou la dureté des bruits du cœur.

3° Le pronostic en est généralement bénin dans plus de la moitié des cas ; elle guérit sans laisser de traces, et les lésions orificielles sont bien tolérées.

Vu : le Doyen
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
NOBÉCOURT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Rillet et Barthez.* — Traité de Médecine infantile, t. III, p. 208.
- Jaccoud.* — Formes anormales de la scarlatine (Revue gén. de Cliniq. et de Thérap, 1864). Leçons de Clinique médicale, 1887 (13^e et 14^e leçons).
- Sanné.* — Scarlatine in Dictionnaire des Sciences médicales, 1789.
- Bouchut.* — Clinique Hôp. Enf.-Mal., 1884 (de l'endocardite végétante et ulcéreuse dans les maladies de l'enfant).
- Cadet de Gassicourt.* — Traité clinique des Maladies de l'enfance, 1897, t. II.
- Trousseau.* — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. I (1898).
- Bertrand.* — Contribution à l'étude de la scarlatine chez le soldat (Thèse de Nancy, 1894).
- Bergé (A.).* — Pathogénie de la scarlatine (Thèse de Paris, 1895).
- Lemoine (G.-H.).* — Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications (Archives de Méd. et Pharm. militaire, 1899, p. 249).
- Sallard.* — Scarlatine in Manuel de Médecine de Debove et Achard, t. VIII.
- Maltrait.* — La scarlatine aux Enfants-Malades en 1900 (Thèse de Paris, 1900-1901).
- Rocheley.* — Neuf années de scarlatine (Thèse de Lyon, 1900).
- Roger.* — Les maladies infectieuses, 1902.
- Sevestre.* — Statistique de la scarlatine à l'hôpital Bretonneau en 1905 (Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp., 1906).

- Saint-Paul.* — Etude de 300 cas de scarlatine (Thèse de Paris, 1905).
- Hutinel.* — Traité de Médecine des maladies des enfants, t. I.
- Ollivier.* — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
- Lian.* — Diagnostic des souffles systoliques apexiens et l'insuffisance mitrale fonctionnelle (Thèse de Paris, 1909-1910).
- Barré (L.).* — Le cœur dans la scarlatine de l'enfant (Thèse de Paris, 1910).
- Nobécourt et Darré.* — Bull. Soc. de Pédiatrie, décembre 1905.
- Nobécourt et Harvier.* — Bull. Soc. méd. des Hôpitaux, 23 octobre 1908.
- Nobécourt.* — Bull. Soc. de Pédiatrie, 1908, p. 102.
— Le cœur dans la scarlatine de l'enfant (La Clinique, 25 mars 1910).
- Nobécourt et Milhit.* — Les troubles cardio-vasculaires dans la scarlatine (Paris médical, 18 juillet 1914, p. 165).
- Nobécourt.* — L'endocardite scarlatineuse (Académie de Médecine, 13 août 1918).
— L'endocardite scarlatineuse simple (Presse médicale, 25 août 1918).
- Nobécourt, Jurie des Camiers et Tournier.* — Rhumatisme articulaire, endocardite et péricardite dans la scarlatine (Soc. méd. des Hôp., 8 octobre 1915).
- Nobécourt et Gimbert (H.).* — Complications multiples au cours d'une scarlatine. Rhumatisme articulaire, endocardite mitrale, néphrite, tachycardie tardive (Soc. méd. des Hôp., 19 avril 1918).
- Nobécourt.* — Précis de Médecine infantile (Masson).
- Guinon (Louis).* — In Traité de Médecine générale de Charcot-Bouchard Brissaud (article : Scarlatine, t. II, p. 467).
- Wurtz (R.).* — In Traité de Médecine Gén. de Brouardel et Gilbert, t. II, p. 166.

Moizard. — In Comby, Marfan et Grancher. Traité des Maladies de l'enfance, t. I, p. 295.

Florand et Merklen (professeur). — Rhumatisme et troubles cardiaques dans la scarlatine (Soc. méd. des Hôp., 16 juin 1916).

Massary (De). — Soc. méd. des Hôp., 25 janvier 1918.

Florand et Paraf. — Manifestations cardiaques au cours de la scarlatine (Soc. méd. des Hôp. Paris, 25 janvier 1918).

